

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

501

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Fédérico-Maximo GRULLON-SMESTER

Né le 19 Août 1910, à SANTIAGO-DE-LOS-CABALLEROS
(République Dominicaine)

Contribution à l'étude
des pneumonies aiguës
simulant la tuberculose pulmonaire

Président : Monsieur Léon BERNARD, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Féderico-Maximo GRULLON-SMESTER

Né le 19 Août 1910, à SANTIAGO-DE-LOS-CABALLEROS
(République Dominicaine)

**Contribution à l'étude
des pneumonies aiguës
simulant la tuberculose pulmonaire**

Président : Monsieur Léon BERNARD, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

Beyen

G. ROUSSY.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maur. VILLARET
	ACHARD.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie	FEY	Urologie.
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	GALLIARD	Parasitologie.
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.	GASTINEL	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART	
BULLIARD	Histologie.	D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
DONZELOT	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.



MM.

HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE Henri... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE Guy.. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SEZARY Dermatologie et syphil-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

AGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT..... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE.... Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI
 AUBERTIN ...
 BRULE
 CHIRAY
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN
 BASSET
 CADENAT
 HEITZ-BOYER .
 MOCQUOT
 MOURE
 SCHWARTZ

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale

MM.

GUENIOT
 LE LORIER....
 LEVY-SOLAL ..
 METZGER
 Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.
 FREY Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES TANTES

CLÉMENTINA et LILI.

A MON PARRAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAMON DE LARA

Ex-Interne des Hôpitaux de Bruxelles
Ancien Recteur de l'Université de St-Domingue
Ancien Chirurgien de l'Hôpital National
Ancien Membre
du Conseil National d'Education de St-Domingue

En témoignage de ma profonde
affection.

A MON BEAU-PÈRE

MONSIEUR JUAN RODRIGUEZ GUTTEREZ

Colonel de l'Armée Espagnole
Ancien Gouverneur Militaire de Tétuan
Ancien Gouverneur Délégué d'Osuna y Morón
Ancien Gouverneur Militaire de Jaca
Médailles des Campagnes des Philippines et Maroc
Médailles d'or de « Gerona », « Puente Sampayo »
et « Cadiz »
Croix et Médaille de « San Hemenegildo »
Croix de 1^{re} classe de « Maria Cristina »
4 Croix du Mérite Militaire

A MONSIEUR LE DOCTEUR SYLVAIN-HENRIQUEZ

En témoignage de ma profonde
gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

*Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur*

En le remerciant du grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse, et en
témoignant de notre respectueuse
et profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE

—	—	LEGUE
—	—	GOUGEROT
—	—	CLAUDE
—	—	TERRIEN
—	—	CARNOT
—	—	TANON
—	—	LEMAITRE
—	—	COUVELAIRE
—	—	LEREBoullet
—	—	GUILLAIN

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA

M. LE DOCTEUR HOLBRON

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE SAINT-DOMINGUE

Contribution à l'étude des pneumonies aiguës simulant la tuberculose pulmonaire

Introduction

L'un des modes de début les plus fréquents de la tuberculose pulmonaire se fait par une infiltration pneumonique affectant une topographie lobaire. Souvent, le début en est brusque et inopiné, en apparence tout au moins. La crainte de laisser évoluer sans diagnostic étiologique exact une tuberculose brutale en ses débuts, fait que, systématiquement, l'on pense devant la plupart des épisodes pneumoniques traînants, devant des épisodes broncho-pneumoniques tant soit peu bâtards, à une tuberculose pulmonaire. Dans certains cas, la similitude clinique entre ces deux groupes d'affections est complète, et, pour peu que l'image radiologique présente le caractère habituel de l'atteinte tuberculeuse du poumon, l'on a tendance à porter, sans attendre les résultats de la bacilloscopie, ou même en négligeant ses données, le diagnostic de tuberculose et à entreprendre d'emblée une thérapeutique en conséquence.

Depuis quelques années, un certain nombre d'auteurs et tout particulièrement MM. Léon BERNARD,

RIST et BEZANÇON ont apporté des observations de pneumopathies aiguës, où une similitude en apparence à peu près complète avait abouti au diagnostic erroné de tuberculose pulmonaire à début aigu, ayant même dans certaines observations fait l'objet d'une thérapeutique intempestive.

Nous voudrions dans cette modeste étude, analyser les signes qui différencient ces deux ordres d'affections, montrer la prudence avec laquelle il faut poser le diagnostic de tuberculose, et insister sur la nécessité de la recherche du bacille de Koch qui en terme final reste le seul critère absolu.

CHAPITRE PREMIER

Affections pulmonaires aiguës à type pneumonique pouvant simuler la tuberculose

D'emblée, nous éliminons la pneumonie franche lobaire aiguë. C'est une maladie à marche rapide et courte, durant 7 à 9 jours en moyenne, suivie d'une défervescence brusque, et d'une résolution rapide du foyer hépatisé. Les signes généraux et fonctionnels s'atténuent au point de disparaître avec la chute de la température. Seuls les signes physiques peuvent demeurer encore perceptibles, alors que la courbe thermique est redevenue normale, mais ce ne sont plus généralement que des râles sous-crépitants, dits de retour, qui indiquent précisément que l'hépatisation pulmonaire est en voie de résolution. Le diagnostic différentiel ne peut se poser qu'avec la pneumonie caséuse tuberculeuse, l'on en connaît trop les éléments de différenciation pour que nous insistions plus longuement.

A côté de cette forme bien individualisée dans sa

physiologie clinique, existent toute une série de faits qui comprennent les pneumonies traînantes, certaines spléno-pneumonies types Grancher, et diverses congestions pulmonaires du type Woillez, où la confusion avec la tuberculose pulmonaire est facile et relativement fréquente. Toute systématisation clinique est ici très difficile du fait de la diversité des formes anatomo-pathologiques et de l'existence d'innombrables formes de passage d'un type à l'autre.

Tantôt il s'agit d'une pneumonie franche répondant au type classique, mais la défervescence tarde et se prolonge. Elle s'effectue, en dehors de toutes complications pleurales ou viscérales peu à peu durant plusieurs jours, parfois même plusieurs semaines. Il s'agit de pneumonies prolongées. Ces faits sont depuis longtemps connus.

GRISOLLE, en 1841, signale la résolution lente de certaines pneumonies et la considère comme le premier stade du passage à l'état chronique.

CAUSSADE insiste, au point de vue clinique sur l'erreur de diagnostic que l'on pourrait commettre dans ces cas avec la tuberculose pulmonaire. RAYBAUD, en 1902, RENON, en 1903, LEGENDRE, en 1905, étudient à leur tour les pneumonies prolongées.

En 1906, Mlle BOURGEOIS fait sa thèse sur ce sujet et conclut ainsi : « A la suite de pneumonies, des signes physiques peuvent persister pendant des semaines et des mois, dans ces cas, on peut hésiter sur la nature des processus et faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire. »

Les pneumonies prolongées chez les enfants ont été étudiées longuement par WEILL, GARDÈRE, LEREBoulLET. M. CATHALA a publié récemment une observation très intéressante de pneumonie prolongée à rechute.

Chez l'adulte, CARRAT, VEUILLET, LOUYAT, KRUGER et BAYLAC ont rapporté récemment des observations de différentes formes cliniques de pneumonies à durée anormale.

Il faut remarquer que ce que ces divers auteurs appellent une pneumonie prolongée ne correspond, bien souvent pas à la pneumonie franche lobaire aiguë des classiques. Si elle en possède d'emblée les signes physiques : bloc hépatisé, elle en diffère notamment dans les observations de LOUYAT, de CARRAT et de BAYLAC, par les signes fonctionnels et généraux (température plus oscillante et irrégulière, expectoration plus abondante, etc.)

Ces formes réalisent ainsi des formes de transition et de passage avec les divers types de congestion pulmonaire des classiques, que nous allons brièvement résumer.

L'on connaît la description de la congestion pulmonaire à forme pneumonique, ou maladie de Woillez. Les signes généraux fonctionnels et physiques en sont ceux d'une pneumonie, mais d'une pneumonie bâtarde, atténuée et d'évolution en général écourtée. Le point de côté est moins violent, la dyspnée reste modérée, le début moins brutal échelonné sur plusieurs heures ou parfois même plusieurs jours. Le frisson est rarement unique et prolongé, plus souvent décom-

posé en petits frissonnements répétés. L'expectoration est plus abondante et plus fluide. L'examen physique décèle bien un foyer hépatisé, mais plus diffus ou moins dense que celui de la pneumonie franche. La température est élevée, mais oscille entre 38°5, 39° et 40°, enfin si l'évolution ne dure habituellement que 4 à 5 jours, il faut bien connaître l'existence fréquente de formes trainantes et prolongées. BOUCHUT les décrit chez l'enfant, L'LESSINGER au cours de la grippe de 1889, RENON les observa chez l'adulte en 1903.

Si au cours d'une telle pneumopathie à l'atteinte parenchymateuse se surajoute un exudat pleural, il se trouve alors réalisé la congestion pleuro-pulmonaire ou maladie de Potain. Il est vrai que SERRAND et DUFLOCC ont insisté sur quelques particularités cliniques : début moins brutal en particulier, qui différencieraient cette forme de la maladie de Woillez. De même depuis la thèse de MOLLOIZEL, le terme de cortico-pleurite tend à remplacer celui de spléno-pneumonie de Grancher.

*
**

Actuellement l'on s'efforce moins que ne le faisait nos devanciers de faire rentrer telle pneumopathie aiguë à type pneumonique dans tel cadre nosologique. Les raisons sont multiples :

Dans ces dernières années, depuis l'épidémie de grippe de 1889, l'on observe beaucoup plus souvent

des formes anormales de pneumonies par leurs signes généraux physiques et leur évolution, que la forme bruyante et bien caractérisée des classiques.

Dans tous les traités classiques, les infections aiguës de l'appareil respiratoire se limitent à quelques types bien définis, tels que : congestion pulmonaire type Woilez, la pneumonie franche, les spléno-pneumonies, les pleuro-pneumonies du type Potain-Sarraud et les broncho-pneumonies.

A la suite de l'épidémie d'influenza de 1918, les études anatomo-cliniques montrent qu'une telle classification est loin de comprendre une si grande variété des aspects lésionnels. Les types purs des auteurs classiques s'observent très rarement, ainsi que le font remarquer MM. BEZANÇON, JACQUELIN, LEYMAN et TRIBOUT, et il est impossible de faire une classification sur des états si complexes et variés.

La pneumonie franche lobaire aiguë, depuis 1889, se voit très rarement, et l'on assiste le plus souvent à une pneumonie à évolution rapide et où l'hépatisation n'est pas celle des auteurs classiques.

Il est évident que le diagnostic de broncho-pneumonie est loin de représenter à lui seul les diversités des lésions anatomo-pathologiques où peuvent dominer tantôt la splénisation, tantôt l'œdème aigu infectieux et tantôt et surtout l'infarctus diffus hémorragique; mais c'est lui qui traduit le mieux le polymorphisme des lésions.

Quelques fois ces types cliniques sus-mentionnés se présentent comme des affections atteignant à la fois la séreuse et la surface du poumon d'où le nom de cor-

tico-pleurite qui met plus en relief les caractères inflammatoires de la lésion, ainsi que sa localisation.

La participation de la muqueuse de la bronche est souvent observée et peut varier de la lésion des bronches de gros et moyen calibre jusqu'à l'inflammation des bronches intralobulaires, réalisant alors, la bronchite capillaire.

Ceci montre que les formes diverses d'hépatisation, telles qu'on les observe aujourd'hui, sont mieux caractérisées par l'étendue et l'importance de l'atteinte parenchymateuse que par la place qu'elles occupaient dans l'esprit des vieux auteurs. D'autant que nous possédons aujourd'hui avec la radiologie un procédé d'exploration qui nous permet de définir et de limiter chaque cas clinique dans son individualité propre, rendant ainsi superflues ou tout au moins sans intérêt pratique les classifications anciennes.

CHAPITRE II

Etude clinique des affections pneumoniques pouvant simuler la tuberculose

Nous avons vu dans le chapitre précédent la fréquence actuelle des formes anormales de pneumonies. C'est cette variabilité qui est cause des erreurs commises, car il est évident que la confusion entre tuberculose et pneumonie franche lobaire est difficile.

La pneumonie peut modifier ses caractères des deux façons suivantes :

1° Par l'atténuation de ses symptômes, réalisant une forme dégradée, forme de passage avec les diverses pneumopathies aiguës grippales.

2° Par la prolongation anormale de son évolution, réalisant une forme prolongée.

Nous étudierons successivement chacune de ces deux variétés cliniques.

1. — Pneumonies atténuées

Les pneumonies atténuées sont d'observation courante aujourd'hui. Elles réalisent des types extrêmement variés qu'il est difficile de systématiser. Pourtant, deux faits permettent de réunir dans un même chapitre des formes souvent assez dissemblables : I. l'agent microbien : le pneumocoque que l'examen bactériologique permet de trouver isolé dans l'expectoration; II. la lésion anatomo-pathologique : l'hépatisation rouge caractérisée par l'exsudation fibrino-leucocytaire limitée à un lobe ou à une partie du lobe.

Cliniquement, les faits sont variables :

Tantôt, il s'agit de pneumonies franches, brutales qui tournent court, rapidement avant les délais normaux, vers le quatrième ou cinquième jour. C'est la forme de l'enfant ;

Tantôt et plus fréquemment, il s'agit de pneumopathies moins caractérisées dans tous leurs symptômes : le début a été moins violent et moins subit, le point de côté plus vague, et la douleur thoracique plus légère, le frisson moins solennel, remplacé par une série de petits frissonnements, la température d'emblée moins élevée, parfois ascendante en deux temps et n'atteignant 39 ou 40° que le deuxième jour.

A la période d'état, les signes généraux sont atténués. Le malade ne présente pas l'aspect vultueux et

congestionné du pneumonique ordinaire. La température n'atteint à peine que 40° ou s'y maintient que peu de temps. Le plateau thermique est moins régulier, parfois coupé de chutes thermiques à 38° ou 37°. Le retentissement cardiaque, hépatique et rénal est léger, à peine ébauché. La toux est moins sèche, les crachats sont moins nettement rouillés, plus purulents, parfois hémoptoïques. L'examen physique déce le des lésions très variables : tantôt le bloc hépatisé est important et fait contraste dans son étendue avec la modicité des signes fonctionnels et généraux, tantôt il est petit, difficile à trouver, limité à un segment peu développé du champ pulmonaire.

Radiologiquement, le triangle d'opacité, ainsi que le fait remarquer BEZANÇON, est moins régulier que dans les descriptions classiques, ses limites sont moins nettes, il est plus pseudo-lobaire que lobaire, plus diffus et moins homogène. Il peut être réduit, à point de départ hilair, s'ébauchant lentement et régressant alors qu'on s'attend à son extension. Il peut à l'inverse, être très vaste. Son siège est tantôt périphérique. Son intensité surtout est très inégale selon les cas, l'ombre qui le déce le peut être à peine marquée, ou au contraire, extrêmement dense, sans que ces variations paraissent avoir la moindre valeur pronostic.

L'évolution ne présente pas le caractère cyclique habituel. Si fréquemment la durée de telles pneumonies est courte, ne dépassant pas une semaine, souvent aussi sans qu'on puisse le prévoir, elle se pro-

longe durant plusieurs semaines. La défervescence n'offre jamais un caractère brutal, elle se fait lentement entre-coupée de reprises.

2. — Pneumonies prolongées

Il convient tout d'abord de définir et de fixer la physionomie clinique de ce qu'il faut entendre par pneumonie prolongée. A vrai dire, il semble que dans le cadre des affections pneumoniques prolongées, on fasse rentrer un certain nombre de faits disparates. Un certain nombre des observations publiées ne représentent pas des pneumonies légitimes, mais plutôt des broncho-pneumonies pseudo-lobaires dont l'identification est souvent malaisée, ou encore des congestions pulmonaires batardes et mal définies.

Dans d'autres cas, c'est une complication qui rend compte d'une prolongation anormale de l'affection. Il peut évidemment s'agir d'une complication extrapulmonaire, d'une métastase pneumoccocique, ou d'un état septicémique, la désignation alors de pneumonies prolongées serait bien mal choisie, et ne qualifierait nullement l'état morbide secondaire. Le plus souvent, il faut chercher la cause dans la réaction pleurale. On sait la fréquence, pour ne pas dire la constance d'une réaction pleurale au cours de la pneumonie, que celle-ci (et le fait est fréquent en clinique) se modifie et augmente d'importance au dé-

clin de la maladie, il se trouve alors réalisé ce que trop facilement on a pu appeler une pneumonie prolongée, et qui ne correspond en réalité qu'à une suppuration pleurale secondaire. Et à relire certaines observations anciennes, la probabilité d'une suppuration pleuro-pumonaire est fortement suggérée par l'existence d'une expectoration purulente, ou parfois même d'une vomique.

Enfin, dans d'autres circonstances, c'est l'existence anormale du foyer pneumonique qui explique la durée prolongée de la maladie. Cette éventualité se produit assez facilement chez les sujets débilités, ou tarés par une affection hépatique ou un alcoolisme antérieur. Ainsi se trouve réalisées de véritables pneumonies migratrices ou serpigneuses qui expliquent la durée de l'affection. Avant d'admettre l'existence d'une pneumonie prolongée, faut-il encore être certain qu'il ne s'agit pas d'un foyer nouveau d'ordre pneumonique ou congestif réalisant une véritable pneumonie à rechute comme en offre des exemples, la littérature médicale.

Chez l'enfant, une telle éventualité n'est pas rare et prête souvent à erreur. M. HUTINEL décrit les formes pseudo-tuberculeuses de la pneumonie de l'enfant et l'on trouve chez les anciens auteurs, notamment dans le livre de RILLIET et BARTHEZ, un écho des hésitations de diagnostics auxquelles donnaient lieu, à une époque où manquaient les moyens techniques actuels, les pneumonies à rechute.

Il faut éliminer des atteintes pneumoniques pro-

longées, celles qui révèlent d'autre germe que le pneumocoque. Le bacille d'Eberth, le pneumobacille, le méningocoque, le collibacille, etc... peuvent soit d'une façon intercurrente, soit primitivement, donner lieu à des foyers pneumococciques. Mais ceux-ci, s'ils présentent au point de vue anatomique, les mêmes lésions d'alvéolite fibrino-leucocytaire, au point de vue clinique, ils se différencient de l'atteinte à pneumocoque par l'irrégularité et la variabilité de l'évolution clinique et par les circonstances d'apparition. Il en est de même des foyers pneumoniques survenant au cours ou à la suite de maladies infectieuses telles que la rougeole, la scarlatine, la coqueluche.

La pneumonie lobaire franche, maladie cyclique par excellence, présente une terminaison brutale. Les anciens auteurs situaient cette période aux alentours du 9^e jour. Chez l'enfant, suivant les statistiques de WEILL, de FEER, de COMBY, la défervescence thermique se produit entre le 6^e et le 10^e jour, avec un maximum pour le 7^e et 8^e jour. Selon GARDÈRE, les pneumonies qui font leur défervescence après le 11^e jour sont relativement rares et ne dépassent pas la proportion de 11 %. C'est seulement après ce stade qu'il sera possible suivant cet auteur, de parler de pneumonies prolongées.

Chez l'adulte, la défervescence se produit généralement entre le 8^e et le 10^e jour. CARRAT considère que toutes les pneumonies de l'adulte, dont la défervescence ne s'est pas produite au 12^e jour comme prolongées. CAUSSADE estime que passé le 11^e jour, il

faut considérer la pneumonie comme anormale par la durée de son évolution.

Au point de vue clinique, il faut distinguer deux ordres de faits qui s'observent soit isolés, soit associés :

a) La prolongation des signes généraux et fonctionnels de la pneumonie ;

b) La persistance anormale du bloc hépatisé.

La persistance, au-delà des limites normales des signes généraux et fonctionnels réalisent une pneumonie prolongée. Si dans un certain nombre de cas, le début clinique et l'ensemble de l'affection ne présenteraient aucune particularité, pouvant à l'avance faire prévoir la prolongation anormale, souvent l'on note dans les observations rapportées (de JONG, RIBIERRE, PAILLARD) dès le début, certaines modifications qui peuvent attirer l'attention. C'est ainsi que la période d'invasion a été moins brutale et moins franche, la température moins élevée et moins fixe dans son plateau, le bloc hépatisé moins étendu. Mais ce ne sont que des modifications légères qui n'attirent l'attention que rétrospectivement alors que l'on recherche une raison qui explique le retard de la guérison.

Toujours est-il que passé le 10^e jour, il n'y a pas de chute thermique brusque, la température s'abaisse peu à peu pour arriver au bout de quelques jours à se stabiliser aux environs de 38°. Cet état fébrile persiste ainsi pendant plusieurs semaines sans trop atteindre l'état général. On note un certain degré

d'amaigrissement qui peut être très marqué chez certains malades.

Les signes fonctionnels se modifient. Si la toux diminue et cesse parfois, le plus souvent elle persiste légère. L'expectoration change de caractère, de visqueuse et épaisse, elle devient plus fluide et plus aérée.

La forme sanguine présente un intérêt indiscutable. Une hyperleucocytose élevée devant faire penser à la possibilité de complications pleurales et en faire rechercher l'existence.

Les signes physiques sont variables : la matité décroît progressivement, l'augmentation des vibrations vocales diminue, le souffle tubaire se modifie dans ses caractères, parfois même disparaît, tandis que les râles secs et fins de la période d'état sont remplacés par des râles bulleux plus humides. Dans d'autres cas, l'on ne note en dehors d'une diminution nette du murmure vésiculaire aucun bruit surajouté ou tout au plus quelques petits râles très éloignés faisant suite à une quinte de toux.

L'on conçoit qu'examiné à cette période, après l'atténuation des signes caractéristiques de la pneumonie franche le tableau clinique présenté par le malade peu caractéristique, laisse un doute sur la nature exacte de l'affection et fasse penser facilement à une tuberculose pulmonaire.

La persistance du bloc hépatisé est un fait connu et normal, dans la mesure où elle ne dépasse pas un certain délai, deux à trois semaines pour les signes

stéthacoustiques, quatre semaines pour les signes radiologiques semble-t-il. D'après ROUBIER et CARRAT, l'image s'atténue en moyenne à la troisième semaine, mais en dehors de toute anomalie, la restitution ad integrum ne peut s'accomplir qu'aux alentours de la quatrième semaine.

C'est ainsi, que dans certains cas, rien dans les signes généraux et fonctionnels ne fait penser à l'existence d'une pneumonie anormale. La crise s'est faite dans les délais normaux, les signes généraux et fonctionnels s'amendent rapidement après la chute de la température et l'on croit à une guérison complète. Cependant, un examen physique et radiologique pratiqué durant la convalescence peut révéler la persistance inusitée de signes d'auscultation et radiologiques.

Ces signes s'observent soit chez des convalescents présentant un état excellent à tout point de vue, ils sont découverts à l'occasion d'une visite d'un tel foyer ; soit chez des malades qui continuent à présenter quelques petits signes anormaux qui les inquiètent et motivent un nouvel examen. ROSENBACH, dans sa thèse rapporte l'histoire d'un malade chez lequel une asthénie marquée, un petit fébricule exigea un examen approfondi qui montra la persistance d'un bloc post-pneumonique. Plusieurs semaines après la chute thermique existait encore un foyer d'ombres constitué par la juxtaposition de taches d'irrégulières grandeurs qui occupaient les deux tiers supérieur du poumon droit, s'arrêtant à la

scissure. L'aspect était si évocateur d'une tuberculose pulmonaire, que le malade, en dépit d'une bacilloscopie négative, fut traité comme tel durant plusieurs semaines.

Il faut savoir que plus souvent que ne le rapportent les traités classiques, les convalescents de pneumonie franche et plus encore les convalescents de pneumonie bâtarde ou prolongée, présentant durant plusieurs semaines un état général et fonctionnel assez déficient. Il persiste une toux tenace que ne calme pas les opiacés, des douleurs thoraciques légères, une expectoration muqueuse parfois même légèrement purulente, et quelques signes généraux : un amaigrissement, une fatigabilité persistante ou tout au moins une perte des forces générales et un état d'asthénie que le repos ne parvient que difficilement à améliorer ; et surtout une température instable avec quelques crochets thermiques à 38° par suite de fatigues ou par l'apparition des règles. Si on examine cliniquement et radiologiquement ces malades, l'on décèle les signes que nous venons d'analyser. L'on conçoit dès lors combien facile est l'erreur avec la tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE III

Etude radiologique des affections pneumoniques

Nous analyserons l'image radiologique des pneumonies pendant les deux périodes successives de leur évolution :

1° Durant la période aiguë ;

2° Après la défervescence, durant la convalescence.

1° PENDANT LA PÉRIODE AIGUË. — L'on connaît depuis les travaux de WEILL, de MOURIQUAND, de BARJON, de ROUBIER, de PAISSEAU et SALOMON, de RIBADEAU-DUMAS et de bien d'autres, l'image radiologique de la pneumonie de l'adulte et de l'enfant. Elle affecte une forme triangulaire, à sommet hilaire et à basse axillaire. Cette image est nette et bien formée dans les localisations atteignant le lobe supérieur, la plus courante chez l'enfant, et son aspect bien défini est considéré comme pathognomonique. Pour PAISSEAU et SALOMON, cette ombre apparaît tout d'abord dans la région externe du champ et gagne rapidement le hile, sa régression suivra une direction inverse, débutant par la région hilaire pour n'atteindre que plus tardivement la région axillaire.

La forme de l'ombre radiologique est subordonnée au siège du foyer. Elle est régulièrement triangulaire pour les pneumonies du lobe supérieur, limitée nettement en bas par la scissure, plus floue en haut, où elle laisse libre une partie du sommet pulmonaire. Dans certains cas, l'extension est totale au lobe supérieur, l'ombre se déforme et prend cet aspect en casque, décrit par WEILL.

Dans les pneumonies du lobe inférieur, l'ombre n'atteint en général pas le diaphragme et laisse libre le sinus costo-diaphragmatique. Les images sont beaucoup moins caractéristiques, elles affectent une forme soit quadrangulaire, soit vaguement hémisphérique, en général assez bien limitée à la partie supérieure par la scissure, moins nettement définie dans leurs parties inférieures.

Si tout le lobe est envahi, il y a alors immobilisation du diaphragme, et fréquemment une participation pleurale.

L'image des pneumonies du lobe moyen est vague et imprécise et se réduit à une diminution de la clarté de la région juxtascissurale. Il est probable que pour la mettre en valeur, il faille s'adresser à l'incidence transverse.

SERGET, JUILLIEN ont insisté sur l'intérêt de cette technique en ce qui concerne les lobites tuberculeuses moyennes, seule elle permet de montrer l'image triangulaire à sommet postérieur, à base antérieure rétro-sternale. Il est probable qu'en cas de pneumonie moyenne, cette incidence révélerait une image sensiblement identique.

L'aspect de l'ombre pneumonique est variable. Le plus souvent, il s'agit d'une opacité homogène d'une tonalité élevée, obscurcissant d'une façon uniforme toute une région du champ, et présentant un contraste très marqué avec les régions pulmonaires sus et sous-jacentes dont la transparence reste sensiblement normale. Dans d'autres cas, l'ombre présente un aspect moins uniforme : quelques opacités et quelques éclaircies par place lui donnent un aspect maronné, ses limites sont moins nettement définies, et l'opacité du foyer se poursuit et se dégrade dans l'étendue du parenchyme ambiant par quelques petites taches floues et floconneuses. Cet aspect morphologique, sur lequel ont insisté BEZANÇON, LÉON BERNARD et LAMY, correspond rarement à une pneumonie franche lobaire aiguë à sa période d'état, mais plutôt aux pneumonies atténuées qui tournent rapidement, ou aux pneumonies prolongées, à la période où le foyer se désagrège.

Il semble, que dans la majorité des cas, l'ombre triangulaire pneumonique ne puisse être considérée, en elle-même, comme pathognomonique, et puisse permettre de faire le diagnostic de pneumonie sans hésitation. Certains auteurs, tel que BLANC-PERDUCET dans sa thèse, ont pu soutenir que : « l'ombre radioscopique de la pneumonie franche a des caractères et une évolution qui lui est propre. Un triangle chez un tuberculeux, répond à une pneumonie franche à pneumococcoque faisant ou non le lit à la tuberculose. » Mais il semble qu'il faille plutôt penser avec M. SER-

GENT, que la constatation d'un triangle répond à un processus pneumonique quelle qu'en soit la nature et qu'en conséquence puisse s'observer tant dans les atteintes pneumococciques que dans les pneumonies tuberculeuses.

La morphologie radiologique : le triangle n'est que la traduction de la topographie lobaire et de l'atteinte limitée du poumon par la scissure. Cette notion est actuellement classique depuis les publications de M. LÉON BERNARD, et la thèse de Béthoux sur la lobite supérieure droite. On sait par ailleurs, depuis les travaux de l'Ecole Française, que la tuberculose pulmonaire fréquemment débute et précède par poussées pneumoniques successives. Il n'est donc pas surprenant que les diverses images radiologiques données par la pneumonie franche puissent également être fournies par des foyers tuberculeux pneumoniques.

2° PENDANT LA CONVALESCENCE. — Pendant la convalescence, l'image pneumonique peut persister plusieurs semaines et prêter alors à confusion avec la tuberculose pulmonaire. Il faut penser à la possibilité d'ombres anormales séquelles de pneumonies et en connaître les divers aspects radiologiques.

Normalement après une pneumonie franche, le bloc hépatisé se résout en trois ou quatre semaines, passé ce délai, il est possible, suivant CARRAT, de parler de pneumonies prolongées. Mais le plus souvent la résolution est beaucoup plus rapide. Dans la grande majorité des cas, l'on assiste dans la semaine

qui suit la chute de la température, à une disparition progressive et rapide des ombres pneumoniques, la transparence pulmonaire redevient normale dès les 10^e, 12^e jours et aucune séquelle radiologique ne peut témoigner de l'atteinte antérieure.

Assez souvent, la résolution est plus longue. L'on ne peut invoquer une cause spéciale, ni trouver une explication satisfaisante à la persistance inusitée du foyer après la guérison.

Dans certains cas, la pneumonie s'est présentée comme une pneumonie franche-lobaire et pourtant persiste anormalement un foyer d'opacité ; dans d'autres cas, la défervescence a été plus longue, plus traînante et la guérison est plus difficilement acquise ; il est évident que l'on peut alors établir un rapport entre la persistance du foyer et l'existence de phénomènes cliniques séquelles.

L'aspect radiologique à cette époque est très variable :

a) Tantôt, il s'agit encore d'une ombre homogène étendue du hile à la paroi, d'opacité sensiblement uniforme, obscurcissant une partie du champ pulmonaire, et en somme sensiblement identique à l'ombre de la période d'état ;

b) Tantôt, et beaucoup plus fréquemment, il s'agit d'une zone d'ombres ou d'opacité irrégulière. La diminution de la transparence du champ est liée à l'existence de la juxtaposition d'ombres nodulaires plus ou moins arrondies, plus ou moins opaques et volumineuses, réunies en un foyer assez bien limité

à un segment du poumon, mais sans bords précis se dégradant dans le reste du champ par quelques petites taches floues et floconneuses.

Le foyer pneumonique au lieu de diminuer de la périphérie vers le centre, se résoud par place d'une façon irrégulière. Certaines parties ont récupérées déjà une transparence normale, tandis que d'autres présentent encore une infiltration. Il en résulte donc un aspect irrégulier, non homogène plus ou moins marronné, sur lequel ont insisté récemment MM. POIX et LAMY.

L'image révélée par le cliché est alors strictement identique à celle des tuberculoses d'infiltration, et répond très exactement aux formes jeunes d'infiltrat pneumoniques à bacille de Koch. Dans les deux cas, l'aspect est identique et il serait vain sur le cliché, de s'efforcer à un diagnostic étiologique. Cette similitude s'explique d'ailleurs parfaitement par l'anatomopathologie, car dans les deux cas, les lésions sont les mêmes. Il s'agit d'alvéolite fibrino-leucocytaires, en voie de résolution en cas de pneumonie à son déclin, en voie de transformation caséeuse et d'élimination en cas de tuberculose, ou encore parfois même en voie de résolution spontanée.

En dehors de la clinique, c'est l'évolution radiologique qui permettra de trancher ce diagnostic. En cas de séquelles pneumoniques, dans la règle, elle se fait par la résolution du foyer. Si celle-ci, dans certains cas, peut tarder et demander plusieurs mois, spontanément ou sous l'influence d'un changement

de climat, le foyer séquelle assez brusquement se résorbe, et l'on a la surprise de constater à deux clichés rapprochés, le retour complet à la transparence normale. Dans la règle, il n'existe aucune séquelle, portant soit sur l'armature fibreuse du pounon, soit sur la statistique thoracique. Tout au plus peut persister pendant une période plus ou moins longue, une opacité exagérée des ombres hilaires.

L'évolution en cas d'infiltration tuberculeuse est le plus souvent différente : la région périphérique du foyer diminue généralement d'importance et se résorbe partiellement, mais la région centrale subit le plus souvent une transformation caséuse, suivie d'élimination avec apparition d'une perte de substance. Cette évolution peut se faire rapidement en quelques jours, à l'insu du malade, réalisant une de ces formes cavitaires froides, avec cavernes d'emblée, mais le plus souvent elle s'accompagne des phénomènes généraux et fonctionnels de tuberculose, et en l'absence d'une thérapeutique active collapsothérapique se produisent en quelques semaines des cavernes.

Par ailleurs, l'on peut observer toutes les modalités évolutives : depuis les formes extensives et rapidement ulcératives, jusqu'aux formes résolutives. En effet, il ne faudrait pas faire état de la disparition de l'ombre parenchymateuse pour affirmer le diagnostic de pneumonie. Il existe en effet des formes pneumoniques résolutives de tuberculose qui guérissent spontanément en quelques semaines, sans laisser après elles la moindre séquelle.

Depuis BEZANÇON et BRAUN l'on connaît parfaitement l'existence de ces foyers pneumoniques tuberculeux curables susceptibles de guérison complète. Si le plus souvent de tels épisodes s'observent chez des tuberculeux avérés et répondent à des poussées évolutives, l'on a signalé (PRUVOST, JEANNERET, BURNAND) l'existence de pneumonie tuberculeuse isolée, éphémère, rapidement régressive, où le diagnostic hésiterait avec un épisode congestif ou une pneumonie banale, s'il n'était affirmé par la présence du bacille de Koch dans l'expectoration. Encore faut-il savoir que le bacille dans de tels cas, demande à être recherché avec soin et ne sera trouvé le plus souvent qu'après de multiples homogénéisations, car l'expectoration est souvent réduite et pauvre en éléments bacillaires. L'absence de germes pathogène, de pneumocoque en particulier, possède une grosse valeur. Enfin de tels cas se démasquent assez souvent ultérieurement par une poussée tuberculeuse plus franche.

CHAPITRE IV

Eléments de diagnostic entre pneumonies aiguës atténuées ou prolongées et tuberculose pulmonaire

Dans les chapitres précédents, nous avons insisté sur la diversité actuelle des pneumonies à pneumocoque et montré qu'elles étaient susceptibles de réaliser des tableaux très variés dans leur évolution. La radiologie n'est pas capable d'apporter des éléments de discrimination avec la tuberculose pulmonaire ; tout au contraire, nous avons vu la similitude fréquente des aspects radiologiques entre pneumonies bâtardes atténuées, et prologuées et la tuberculose pulmonaire. Cette identité d'images encore peu connue et sur lequel ont insisté MM. LÉON BERNARD et RIST, est la cause d'erreurs de diagnostic assez courantes.

Nous rechercherons ici dans ce chapitre les éléments tant clinique, bactériologique que biologique sur lesquels il faut s'appuyer pour distinguer ces deux groupes d'affections.

1° AU POINT DE VUE CLINIQUE. — Il n'existe aucun

critère certain dont il soit possible de faire état. La tuberculose pulmonaire débute fréquemment suivant un mode aigu, brutal, semblable en tous points à celui des pneumonies authentiques, ou tout au moins à celui des pneumonies bâtardes et atténuées que nous avons vu être si fréquentes aujourd'hui.

Pour donner une idée de la fréquence du mode aigu de la tuberculose pulmonaire, nous pouvons citer les pourcentages suivants qui furent établis dans le service de M. RIST.

DUDAN, sur 100 tuberculeux examinés, note dans 48 % des cas, un mode de début brutal sans prodromes, dit-il, pouvant être fixé à un jour, parfois même à une heure déterminée.

BLANCHE aboutit dans ses recherches à un chiffres très voisin. Dans 50 % des cas, le début de la maladie a été brutal. Cet auteur en précise la modalité, très variable, car si dans la moitié des cas le début a affecté une forme pulmonaire et réalisé un type de congestion ou de pneumonie, dans l'autre, il se présentait sous le masque d'un coryza, d'une rhino pharyngite, d'un état infectieux indéterminé, ou encore d'une intoxication alimentaire.

Les cas de tuberculose à début aigu, rapportés par BLANCHE dans sa thèse sont extrêmement suggestifs, et montrent que la tuberculose peut débiter suivant le masque d'une pneumonie authentique : invasion subite marquée par un violent point de côté, une douleur thoracique intense, une dyspnée violente,

une élévation subite de la température et la constitution rapide d'un bloc hépatisé.

L'on ne peut donc pas faire état de la violence du début, ni du caractère des signes fonctionnels, ou généraux pour le diagnostic. Pourtant, dans l'ensemble, l'évolution clinique d'une pneumonie tuberculeuse diffère sur certains points de celle des pneumococcies et l'examen attentif des différents signes peut parfois donner des renseignements relatifs à la nature du germe en cause.

Le frisson et la fièvre élevée, le point de côté existent également, mais s'installent moins brusquement et sont moins intenses, moins tenaces que dans les pneumonies à pneumocoque. Les crachats ne sont jamais franchement rouillés, mais plutôt mucco-purulents. La présence de bulles d'herpès, si fréquentes au cours des pneumococcies, a une grosse valeur et d'emblée pourra orienter le diagnostic. Il faut donc en connaître la valeur, rechercher ce signe et lui accorder lorsqu'il existe une place de première grandeur.

L'interrogatoire minutieux du malade devra s'efforcer de retrouver certains éléments de valeur. Le début brutal de la tuberculose n'est souvent qu'une apparence. En effet, l'on peut retrouver lorsqu'ils existent, deux ordres d'antécédents qui orienteront le diagnostic :

Dans les antécédents éloignés : la notion d'une tuberculose osseuse, ganglionnaire, ou pleurale, parfois même pulmonaire ;

Dans les antécédents immédiats : l'existence d'une période de fatigue générale qui manque le plus souvent chez les malades atteints de pneumococcies. L'interrogatoire devra être serré, et faire préciser le poids qui a pu accuser un certain fléchissement, la température parfois instable après les efforts de la journée, les sueurs nocturnes, les douleurs thoraciques vagues et fugaces, la toux légère et éphémère, les troubles digestifs, les troubles des règles, etc.

C'est souvent faute d'un interrogatoire patient que l'on considère comme brutal une tuberculose qui en réalité est précédée depuis plusieurs semaines de légers signes qui marquent la première atteinte de l'état général.

2° L'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE de l'expectoration possède une valeur inestimable. En l'absence de critère clinique et radiologique, elle reste la seule méthode absolue.

Il est de règle quand on a la moindre suspicion, de se trouver en présence d'une tuberculose pulmonaire de faire un examen bactériologique des crachats. Mais il ne faut pas se limiter à un examen direct, car les pneumonies tuberculeuses en leur début, ne comportent qu'une expectoration pauvrement bacillifère ; l'absence d'autre germe et en particulier de pneumocoque attirera l'attention et invitera à la répétition des recherches. Il est donc indispensable de multiplier les examens directs et de recourir en cas de résultats négatifs, à l'homogénéisation.

Avant de porter le diagnostic très grave de tuber-

culose pulmonaire, il faut en avoir la certitude absolue. En faisant ce diagnostic le médecin n'engage pas seulement sa responsabilité, mais aussi et surtout l'avenir du malade.

Aussi ne saurait-on trop conseiller dans les cas suspects de ne pas se contenter d'une seule réponse positive. Les laboratoires les mieux dirigés sont susceptibles d'erreurs dont les causes tant techniques que matérielles sont nombreuses. Aussi avant d'entreprendre une thérapeutique qui engagera pour de longs mois l'avenir du malade, ne saurait-on trop recommander de renouveler l'examen des crachats et d'attendre pour plus de sécurité une deuxième réponse positive.

Donc pas de pneumothorax, pas de sels d'or avant d'avoir fait plusieurs analyses. Différer toute décision thérapeutique aussi longtemps que les résultats resteront négatifs pour éliminer le diagnostic de tuberculose.

3° LA CUTI-RÉACTION possède une valeur dont l'intérêt pratique est encore trop négligée.

Chez l'enfant, elle est de toute première valeur. Négative, elle permet d'éliminer avec la plus grande sécurité toute possibilité de tuberculose. Combien de fois la cuti-réaction n'a-t-elle pas corrigé les diagnostics erronés de mal de Pott, ou de tumeurs blanches

Chez l'adulte, la cuti-réaction mérite d'être pratiquée plus souvent que l'on ne fait. Il semble que l'on a surestimé le pourcentage des réactions positives.

Les statistiques toutes récentes montrent que même dans les grandes villes, le nombre des adultes tuberculinisés est actuellement inférieur au chiffre de 90 à 95 % donné il y a quelques années. Le Docteur COURCOUX, dans une statistique toute récente pratiquée en milieu hospitalier, sur des infirmières ou des étudiants en médecine dont les contacts occultes sont si fréquents et si faciles ne trouve qu'une proportion de 70 % de cuti positive.

L'on conçoit dès lors, toute la valeur que prendrait une cuti-réaction négative chez un malade présentant un de ces états pneumonique atténué ou prolongé que nous étudions.

Observations

OBSERVATION I. — Odette B..., âgée de 13 ans. Est prise, en pleine santé, d'un malaise subit avec élévation de la température à 39°. Cet état persiste pendant 5 jours, puis la température retombe à la normale, mais l'enfant demeure fatiguée, continue à tousser et perd rapidement 2 kilos.

Trois semaines après le début clinique, elle est examinée pour la première fois par un médecin qui constate des signes anormaux à l'auscultation du poumon droit. Une radiographie pratiquée le 7 avril 1933, décèle la présence d'une ombre opaque localisée dans la région sous-claviculaire droite. A la suite de cet examen, l'enfant est considérée comme atteinte de tuberculose pulmonaire. Ses études sont interrompues et, durant 9 mois, est soumise à une cure hygiéno-diététique, et à une aurothérapie atteignant la dose totale de 1 gramme. Pendant cette longue période, l'état général est constamment satisfaisant, le poids s'est relevé régulièrement, la toux a rapidement cessé et la température se maintient normale.

Examinée au dispensaire Léon-Bourgeois, le 18 janvier 1934, l'enfant présente un état général et pulmonaire excellent. Une radiographie montre une image

rigoureusement normale. *La cuti-réaction est négative.* Deux intra-dermo réactions donnent une réponse aussi négative. De telles constatations permettent donc d'éliminer formellement le diagnostic de tuberculose et d'affirmer rétrospectivement celui de foyer pneumococcique.

OBSERVATION II. — Vib... Lucien, âgé de 42 ans, est pris, le 24 avril 1933, au cours d'une traversée maritime, d'un malaise subit, d'une élévation brusque de la température, d'une céphalée et d'un point de côté dans la région de l'omoplate droite. Puis la température s'inscrit aux alentours de 39°, la toux s'installe et une expectoration rouillée apparaît. Le malade est examiné 4 jours après, à Marseille, et on fait le diagnostic de pneumonie sur la constatation d'un souffle et de râles bulleux occupant le sommet du poumon droit.

Les jours suivants, la température s'abaisse progressivement, mais ne redevient normale que vers le 8 mai. A cette date, l'expectoration est presque complètement tarie, mais la toux persiste et le malade continue à présenter une fatigue extrême. Un examen est alors pratiqué au dispensaire Léon-Bourgeois. Sous la clavicule droite : submatité, augmentation des vibrations vocales, diminution et rudesse respiratoire, sans bruits adventices. La radiographie montre l'existence d'une plage d'ombres non homogènes qui opacifient la moitié supérieure du champ pulmonaire et se trouve limitée bas par une ligne

très fine qui correspond à la scissure. La recherche des bacilles pratiquée à deux reprises et avec homogénéisation, se montre négative.

Revu le 10 juin, le malade est en excellent état et a repris son poids antérieur, l'infiltration a entièrement disparu et l'image radiographique est rigoureusement normale (1).

OBSERVATION III (de M. le Professeur LÉON BERNARD et de M. le Docteur LAMY). — L'enfant B..., âgé de 11 ans, est pris brusquement, le 10 avril 1932, d'une douleur violente de l'hémithorax gauche, il vomit et sa température s'élève à 40°. Dans les jours suivants, il présente les signes caractéristiques de la base gauche.

La défervescence, néanmoins, ne s'opère pas à la date prévue. Au bout de 10 jours, la fièvre se fixe aux alentours de 38° et persiste désormais aux environs de ce chiffre, pendant près de 12 jours pour descendre à la normale. C'est dans ces conditions que l'enfant nous est adressé à l'hôpital Laënnec, avec le diagnostic de tuberculose.

Lorsque nous examinons l'enfant, à cette époque, son aspect est relativement satisfaisant. Il est un peu amaigri, on est frappé d'emblée par l'existence d'un énorme souffle qui possède les caractères d'un souffle tubaire tout à fait typique. Une radiographie montre

(1) Ces deux observations ont fait, durant le cours de notre travail, l'objet d'une communication de MM. POIX et LAMY à la Section d'Etudes Scientifiques de la tuberculose (mai 1934).

la présence d'une opacité triangulaire, siégeant dans le tiers inférieur de l'hémithorax, dont la pointe se confond avec la partie inférieure de l'ombre du hile et dont la base est orientée en bas et en dehors dans la direction du sinus costo-diaphragmatique.

La notion d'un début extrêmement brutal, existence d'un gros souffle et aussi la forme de l'ombre nous font rejeter le diagnostic de tuberculose. Nous en trouvons la confirmation dans la négative de la cuti-réaction.

Dans les semaines suivantes, l'on observe la régression des signes physiques et radiologiques, et le rétablissement de l'état général. Un mois et demi après le début clinique ne persiste qu'une légère ombre discrète hilaire gauche.

OBSERVATION IV (M. le Professeur LÉON BERNARD et THOYER). — Par..., 49 ans, dessinateur.

Pneumonie en février 1932. Le diagnostic posé par le médecin est confirmé par les commératifs du malade. Début brusque le 29 février, fièvre restant au voisinage de 40° pendant une dizaine de jours, crachats rouillés typiques. L'auscultation montre un foyer du sommet en arrière, la défervescence se fait en trois temps, en trois jours. La convalescence de la pneumonie est traînante.

L'état général reste altéré, le sujet longtemps abattu et fatigué. Il a perdu 10 kilos et ne reprend que 800 gr. en un mois. Il tousse, mais ne crache plus. En raison de cet amaigrissement, et comme avant la

pneumonie, le malade avait déjà commencé à tousser depuis 4 à 5 mois, son médecin l'envoie au dispensaire, afin que l'on fasse une radioscopie et une analyse des crachats.

L'auscultation montre dans la région sous-épineuse et sous la clavicule gauche, une diminution du murmure vésiculaire, sans bruits surajoutés. La radioscopie et le cliché une image triangulaire à base axillaire à sommet hilair, d'opacité non homogène. L'homogénéisation est négative.

Le malade revient et est suivi au dispensaire. L'on note une diminution progressive de tous les signes physiques et radiologiques, et une amélioration lente de l'état général. Un an après ne persiste qu'une légère diminution de transparence pulmonaire dans la région antérieurement malade.

OBSERVATION V. — Mme R..., âgée de 48 ans, sans profession, et jusque-là bien portante, est prise brusquement, le 20 janvier 1932, d'un point de côté violent, localisé dans la région axillaire gauche. En même temps, elle éprouve un malaise soudain, est secouée par un grand frisson et sa température, en quelques heures, s'élève jusqu'au voisinage de 40°. Dans les jours suivants, le point de côté s'atténue, mais une toux, sèche, pénible, s'installe qui n'amène pas d'expectoration, une éruption d'herpès apparaît sous les lèvres au pourtour des narines; la fièvre persiste élevée, dessinant un plateau régulier à 40°. On perçoit, à ce moment, dans l'aisselle gauche, des

râles crépitants bientôt remplacés par un souffle tubaire, typique. Un tel syndrome impose le diagnostic de pneumonie lobaire franche aiguë.

Les symptômes demeurent inchangés pendant 4 jours, puis la température s'abaisse un peu, se fixant temporairement aux environs de 39°. Au bout d'une huitaine de jours, une nouvelle descente s'amorce, la fièvre s'établissant désormais autour de 38° avec, de temps en temps, une poussée vespérale à 39°. L'état général est assez satisfaisant, la toux persiste, sans expectoration, l'auscultation révèle la persistance d'un gros souffle tubaire, auquel se sont surajoutés des râles bulleux.

A partir de ce moment, 12 jours environ après le début de la maladie, les signes physiques vont demeurer à peu près les mêmes. Quand à la fièvre, elle revêt désormais une allure tout à fait irrégulière, dessinant sur la feuille de température de vastes oscillations entre 37°6 et 39°7, sans qu'on trouve dans un examen complet de la malade, de quoi l'expliquer.

Vers le 15 février, 25 jours environ après le début, la fièvre s'est abaissée progressivement dessinant une courbe irrégulière entre 37° et 38°. L'état général est meilleur, mais les signes constatés dans la région axillaire gauche se sont peu modifiés.

C'est dans ces conditions que le médecin de cette femme, repoussant désormais le diagnostic jusqu'alors accepté par lui, de pneumonie, s'oriente du côté d'une tuberculose et nous adresse la malade pour

examen radiologique, suggérant en même temps l'institution d'un pneumothorax artificiel.

Nous examinons cette femme le 25 février 1932, un mois après le début de la maladie. Elle est légèrement amaigrie, continue à tousser et sa température oscille encore entre 37°5 et 37°9. Il existe une matité franche, de zones sous-claviculaire et axillaire gauche avec exagération des vibrations vocales et retentissement de la toux; dans les mêmes régions, on entend un souffle tubaire extrêmement fort, aussi typique que celui que l'on constate dans une pneumonie en pleine période d'état. Après la toux, on perçoit quelques gros râles bulbeux à la fin de l'inspiration.

L'examen radioscopique et radiographique du thorax permet de déceler, à la partie moyenne de l'hémi-thorax gauche, dans la région intercléido hilaire, une ombre assez régulièrement triangulaire, dont la base est dirigée vers la clavicule et l'aisselle, et dont la pointe s'établit dans la région du hile gauche.

Un tel ensemble de symptômes évoquait légitimement la possibilité d'une lésion tuberculeuse. Nous avons néanmoins refusé ici ce diagnostic à cause du début extrêmement brutal, à cause de la présence des signes physiques très importants, tout à fait inhabituels dans la tuberculose, et à cause de l'aspect radiologique de la lésion, de sa forme triangulaire, assez suggestive à nos yeux, d'une infiltration pneumonique en voie de résolution de la périphérie vers le centre.

Refusant toute intervention, nous avons seulement

poursuivi l'observation de cette maladie. L'avenir devait confirmer notre diagnostic. En effet, la température, peu à peu, s'est abaissée. Le 7 mars, 45 jours environ après le début de la maladie, l'apyrexie était complète, en même temps les signes, peu à peu, disparaissaient. Une nouvelle radiographie du thorax, pratiquée le 15 mars 1932, montrait une image rigoureusement normale.

Conclusions

Les affections pulmonaires pneumococciques se présentent actuellement depuis la grande épidémie grippale de 1889, beaucoup plus souvent, suivant des aspects anormaux que sous la forme de la pneumonie franche lobaire aiguë.

Dans une première catégorie de faits, les signes généraux et fonctionnels sont atténués, l'évolution est raccourcie et tourne court vers le quatrième ou le cinquième jour, réalisant des foyers pneumoniques pneumococciques atténués, bâtards, et de durée totale très variable : tantôt rapidement évolutifs, ne dépassant pas une durée d'une semaine, tantôt prolongés durant plusieurs semaines, suivant un mode subaigu.

Dans une deuxième catégorie de faits, la pneumonie franche lobaire aiguë se prolonge passé le 10^e jour, la défervescence tarde à se produire et l'on observe durant plusieurs semaines, la persistance d'un état fébrile, de symptômes physiques importants et de signes radiologiques étendus.

Dans d'autres cas, la maladie se termine à la date

normale, mais il peut persister pendant une très longue période des séquelles radiologiques.

Si dans un certain nombre de cas, l'aspect radiologique des affections pneumoniques correspond à la description classique : image triangulaire homogène à base axillaire et à sommet hilaire, dans des cas assez nombreux et plus spécialement dans les formes dégradées, et les formes prolongées, l'aspect radiologique est constitué par un semé de taches macronodulaires ou de marbrures réalisant un foyer non homogène.

Cette image, constatée chez un malade présentant des signes généraux et fonctionnels d'affection pulmonaire subaiguë peut donner facilement le change et faire croire à une lésion tuberculeuse du poumon.

Ces faits montrent que l'aspect tant clinique que radiologique d'une tuberculose aiguë à type pneumonique peut être réalisé par une de ces pneumonies plus ou moins anormales. D'où, en raison d'une similitude parfois complète, la règle absolue de n'accepter le diagnostic de tuberculose qu'après la constatation certaine du bacille de Koch dans l'expectoration.

Vu .

**LE DOYEN,
ROUSSY.**

Vu :

**LE PRÉSIDENT,
Léon BERNARD.**

Vu et permis d'imprimer :

**LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.**

Bibliographie

- BAYLAC F. et BAYLAC R. — De la pneumococcie pulmonaire traînante et prolongée, simulant la tuberculose. *Toulouse Médical*, 1^{er} juin 1920.
- BAYLAC Robert. — Contribution à l'étude des pneumococcies pulmonaires traînantes et prolongées, simulant la tuberculose pulmonaire. *Thèse de Toulouse*, 1920.
- BERNARD LÉON. — Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. *Mas-son*, 1931.
- BERNARD LÉON et LAMY Maurice. — Les pneumonies prolongées. *Soc. Méd. des Hôp*, mai 1933.
- CHARETTE L. — Fréquence actuelle des formes anormales de pneumonies. *Journal des Praticiens*, n° 12, août 1929.
- CATHALA. — Pneumonies à rechutes de l'enfance. *Soc. Méd. des Hôp.*, 1928, n° 52.
- CAUSSADE et LOGRE. — Pneumonies à rechutes à formes pseudo-pleurétiques et pseudo-cavitaires. *Soc. Méd. des Hôpit.*, 1913.
- COTONI. — La crise dans la pneumonie. *Annales de Médecine*, 1914, p. 524, 617.

- GAILLIARD. — Cent jours de pneumonies larvées. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 25, VI, 1915.
- GARDÈRE. — Les pneumococcies prolongées chez le nourrisson. *Journal Médical de Lyon*, 20 février 1923.
- La pneumonie infantile à évolution prolongée. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 décembre 1923.
- LEVAL Jacques. — Pneumonies subaiguës à pneumocoques. *Lyon Médical*, n° 11, 15 janvier 1932.
- LEREBOULLET. — Les pneumococcies prolongées. *Paris Médical*, 8 septembre 1923.
- RAYBAUT. — Formes prolongées de la pneumonie lobaire. *Marseille Médical*, février 1902.
- PAISSEAU et ISER SOLOMON. — Les images radioscopiques de la pneumonie franche. *Bulletin Soc. Méd. Hôpit. de Paris*, 9 novembre 1923.
- Etude radiologique de la pneumonie chez l'adulte. *Annales de Médecine*, janvier 1924.
- RIST et BLANCHY. — Séquelles radiologiques de pneumonie simulant la tuberculose. *Soc. Méd. des Hôp.*, mai 1933.
- RIST E. — Le début brusque de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et sa localisation lobaire. *Revue de la Tuberculose*, tome II, 1930.
- WEILL et GARDÈRE. — Pneumococcie à évolution prolongée. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 15 novembre 1923.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — Affections pulmonaires aiguës à type pneumonique pouvant simuler la tuberculose	13
CHAPITRE II. — Etude clinique des affections pneumoniques pouvant simuler la tuberculose	19
CHAPITRE III. — Etude radiologique des affections pneumoniques	29
CHAPITRE IV. — Eléments de diagnostic entre pneumonies aiguës atténuées ou prolongées et tuberculose pulmonaire	37
OBSERVATIONS	43
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	53



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



